

受付番号

## 第1号訪問事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 — )					
		電話番号				FAX番号	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )	
	氏名						
	生年月日						
	当該第1号訪問事業の事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)						
	兼務する同一敷地内の 他の事業所(兼務の場合記入)			事業所名称			
			兼務する職種、 勤務時間等				
サービス 提供者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )	
	氏名						
	フリガナ				住所	(郵便番号 — )	
	氏名						
従業者					訪問介護員等		
					専従	兼務	
	常勤(人)						
	非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)						
	基準上の必要人数(人)						
適合の可否							
利用予定者数(人)							
主な 揭示 事項	休業日					その他年間の休日	
	営業時間	平日	~	土曜	~	日曜・祝日	~
		備考					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						
その他の 事業実施地域							
添付書類		別添のとおり					

備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

備考2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入した書類を添付してください。

備考3 出張所等がある場合、出張所等の名称、所在地、サービス提供に当たる従業者の人数及び主な揭示事項を別紙にして記入してください。